IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

Komisja Zdrowia

■ **Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 4)**

z dnia 23 czerwca 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie (nr 4)

23 czerwca 2021 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie, obradująca pod przewodnictwem poseł **Violetty Porowskiej (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat informatyzacji w ochronie zdrowia – ujednolicenie systemu i perspektywy na przyszłość.

W posiedzeniu udział wzięli: **Anna Goławska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Piotr Węcławik** dyrektor Departamentu Innowacyjności w MZ, **Krzysztof Saczka** wz. głównego inspektora sanitarnego, **Jarosław Pyszkowski** zastępca dyrektora Biura Głównego Inspektora w GIS, **Sylwia Dudzik** wicedyrektor Biura Rehabilitacji Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, **Maria Milik** lekarz–inspektor orzecznictwa lekarskiego Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Mariola Łodzińska** wiceprezes NRPiP, **Wioletta Witkowska** przedstawicielka Zespołu Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Marian Witkowski** konsultant ds. aptek ogólnodostępnych Naczelnej Izby Aptekarskiej oraz **Henryka Koperniak** prezes zarządu Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak, Jakub Stefański –** z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie, ponieważ mamy dzisiaj szczególny dzień i szczególny czas, i szczególną godzinę, o której byli mi uprzejmi przypomnieć i państwo posłowie, i państwo goście bardzo delikatnie, a mianowicie gramy. Polacy, biało-czerwoni grają i trzymamy za nich kciuki. W związku z tym wykażemy się wysoką dyscypliną czasową, proszę państwa. Sprawnie i merytorycznie zostanie dzisiaj przeprowadzone posiedzenie naszej podkomisji, która podejmuje niezwykle i wielce ważny temat. Jesteśmy do tego tematu przygotowani. Dostali państwo wszystkie materiały, więc liczę na merytoryczną, sprawą i szybką dyskusję do pierwszej przerwy czy do pierwszej bramki – polskiej bramki. Wrzucimy piłkę do szwedzkiej bramki. Polacy będą strzelali.

Dlatego, proszę państwa, otwieram posiedzenie Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Ponieważ mam informację, że jest kworum, pozwolę sobie rozpocząć nasze posiedzenie.

Gościmy na posiedzeniu naszej podkomisji wielce zacnych gości, których bardzo serdecznie – z honorami – witam: panią Goławską Annę podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia – witamy pięknie – panią Janiuk Ewę wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – ja wiem, ale w zastępstwie nasza koleżanka, bardzo się cieszę, proszę pozdrowić panią wiceprezes – panią Henrykę Koperniak prezes Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego – witamy – panią Łodzińską Mariolę wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, panią Milik Marię, lekarza, inspektora orzecznictwa lekarskiego KRUS – witamy serdecznie panią doktor – pana Pyszkowskiego Jarosława zastępcę dyrektora Biura Głównego Inspektora w GIS – witam

serdecznie – pana Saczkę Krzysztofa w zastępstwie głównego inspektora sanitarnego – witamy bardzo serdecznie – panią Dudzik Sylwię wicedyrektora Biura Rehabilitacji KRUS – witam pięknie – pana Węcławika Piotra dyrektora Departamentu Innowacyjności w Ministerstwie Zdrowia – pięknie witamy – panią Witkowską Wiolettę z Zespołu Radców Prawnych NIL – witam pięknie – oraz pana Witkowskiego Mariana konsultanta do spraw aptek ogólnodostępnych Naczelnej Izby Aptekarskiej – witamy pięknie. Oczywiście, witamy pięknie posłów, członków naszej podkomisji.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat informatyzacji w ochronie zdrowia – ujednolicenie systemu i perspektywy na przyszłość. Przystępujemy do realizacji porządku obrad. Informuję, że materiały dostępne są w wersji elektronicznej w folderze SDI na iPadach. Zostały one także wysłane do posłów emailem. Proszę panią minister Goławską Annę o zaprezentowanie powyższych informacji. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Anna Goławska:

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, z racji apelu, który został wygłoszony na początku postaram się mówić w telegraficznym skrócie. Skupię się na aspektach, które być może stanowią jakąś nową informację w stosunku do tego, co zostało przesłane w maju bądź co było prezentowane podczas poprzednich posiedzeń. Elementy e-zdrowia, to przede wszystkim Internetowe Konto Pacjenta oraz ostatnio uruchomiona aplikacja mojeIKP. Internetowe Konto Pacjenta – prawdopodobnie państwo doskonale to wiedzą, bo wierzę, że korzystają państwo z niego na co dzień – zawiera informacje o receptach, o skierowaniach, o zrealizowanych świadczeniach usług zdrowotnych. Można pobrać unijny certyfikat covidowy, czyli informację o tym, że jest się zaszczepionym bądź jest się ozdrowieńcem lub posiada się negatywny wynik testu.

Oprócz tego wdrożyliśmy aplikację do weryfikacji kodów QR, które potwierdzają te 3 czynności. Unijny certyfikat ma za zadanie przede wszystkim pomóc w bezpiecznym i łatwym podróżowaniu na terenie Unii Europejskiej. Podczas podróżowania należy go mieć ze sobą. W przypadku prośby, przede wszystkim celników czy funkcjonariuszy Straży Granicznej, należy go okazać, żeby nie trzeba było podawać się restrykcjom, które są nakładane w poszczególnych krajach przy przekraczaniu granicy. W Polsce osoby, które posiadają aktywny certyfikat, nie muszą odbywać kwarantanny podczas przemieszczania się zza granicy oraz nie są wliczane do limitu osób, które obowiązują w danym momencie przy uczestnictwie w imprezach czy jakichś wydarzeniach.

E-skierowanie też już nam okrzepło, że tak powiem. Jest już obowiązek stosowania go od stycznia i jest już powszechnie stosowane. Szczególnie sprawdziło się nam w procesie szczepień. Początkowo było to bardzo istotne, szczególnie, kiedy było mało szczepionek i trzeba było sterować tym, kto i w jakiej kolejności może być szczepiony, przede wszystkim kierując się tym, kto jest najbardziej narażony na negatywne skutki zakażenia. Były to osoby starsze i medycy czy osoby pracujące w placówkach medycznych. Wystawialiśmy takie skierowania, które stanowiły podstawę do umówienia się, do zarejestrowania się na szczepienie. Zarejestrować się też można było elektronicznie albo przez Internetowe Konto Pacjenta, albo przez formularz na stronie internetowej, albo przez rejestrację centralną dzwoniąc na infolinię. Wtedy można było się umówić za pośrednictwem konsultanta.

Po umówieniu się pacjent otrzymywał SMS z informacją, gdzie ma się stawić, o której godzinie i kiedy. Przed samym szczepieniem też dostawał SMS z przypomnieniem. W trakcie szczepienia od razu była wypełniana elektroniczna karta szczepienia. To też nowy dokument, który wdrożyliśmy przy okazji szczepień covidowych. Dzięki temu można było w łatwy sposób wygenerować informację o tym, że ktoś został zaszczepiony.

E-recepta. Tutaj nie będę się jakoś szczególnie zatrzymywać, bo na pewno każdy z nas choć raz z tego skorzystał i wie, jak to działa. Pacjent.gov.pl to strona, która zawiera wszelkie informacje niezbędne pacjentowi odnośnie do systemu ochrony zdrowia. Gabinet.gov, to z kolei aplikacja dla medyków, w której można wystawiać dokumenty i prowadzić dokumentację pacjenta. Nowością była e-wizyta. To się nam sprawdziło w szczególności przy covidzie.

CEZ utworzyło taką platformę, przy pomocy której można było odbyć zdalną wizytę u lekarza bądź u pielęgniarki. Można było uzyskać skierowanie lub receptę. Z takiej usługi można było skorzystać również za pomocą czatu lub wideoczatu. E-rejestracja, jak mówię, sprawdziła się nam przy rejestrowaniu na szczepienia, ale docelowo pracujemy nad e-rejestracją dla innych zakresów świadczeń. Od stycznia planujemy wdrożyć e-rejestrację już bardziej powszechnie.

Elektroniczna dokumentacja medyczna. Obowiązek wchodzi od 1 lipca br. jesteśmy po pierwszej fazie pilotażu. Rozszerzyliśmy ten pilotaż na drugą fazę, żeby jeszcze więcej podmiotów mogło się przygotować i zweryfikować swoje możliwości. CEZ jest przygotowany w 100% do realizacji procesu prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Od 1 lipca startujemy już z tym obowiązkiem.

Historii może nie będę pokazywała, bo to jest mniej ciekawe i zapewne państwo ją znają. To, co ciekawe, to 2021 r. Jak przed chwilą mówiłam, wszedł obowiązek wystawiania e-skierowania. To uruchomienie e-recepty transgranicznej. Czyli nasze recepty są czytane za granicą. To rozszerzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Ten obowiązek, o którym mówiłam, wchodzi od 1 lipca. W 2021 r. mamy już ponad 10 mln aktywnych Internetowych Kont Pacjenta. To się stało przede wszystkim za sprawą poszerzania funkcjonalności tego konta. Kołem napędowym była chociażby informacja o kwarantannach oraz informacje o wynikach testów na obecność koronawirusa. To spowodowało, że ludzie zaczęli zakładać coraz więcej tych kont. Dzisiaj motorem napędowym jest unijny certyfikat covidowy oraz – mam nadzieję – usługa, którą za chwilę wdrożymy, czyli zamawianie recept.

Z aplikacji mobilnej moje IKP już można również pobrać certyfikat covidowy. Centralną rejestrację kliniczną udostępnimy na Internetowym Koncie Pacjenta. Mamy wystawionych ponad 627 mln recept, ponad 19 mln e-skierowań, 10 mln aktywnych Internetowych Kont Pacjenta. Odnotowaliśmy ośmiokrotny wzrost liczby wystawionych e-skierowań dzięki zachętom finansowym dla lekarzy i podmiotów medycznych w POZ i AOS. Może tego nie będę omawiać w szczegółach.

To, czym można się pochwalić, to platforma Domowej Opieki Medycznej. Zaczynaliśmy od projektu PulsoCare, czyli od rozdawania pulsoksymetrów osobom zakażonym. Zdalnie mogły one raportować wyniki swojej saturacji oraz inne parametry, jak np. temperatura czy ciśnienie. Konsultanci na podstawie tych danych obserwowali, czy komuś nie pogarsza się stan zdrowia. W takim przypadku telefonowali do pacjenta i ustalali przyczynę. Jeśli była wymagana rozmowa z lekarzem, umawiano taką konsultację lub wręcz wzywano karetkę. Jeśli dobrze pamiętam, to takich osób, do których wzywaliśmy karetkę, którym wręcz udało się uratować życie, było ponad 1 tys. w ciągu pół roku. Teraz do tej platformy dodajemy kolejne usługi. W ramach pilotażu uruchomiliśmy już w POZ „zdalny stetoskop”. Za chwilę ruszą opaski telemedyczne, które również będą robiły pomiary i przekazywały je zdalnie, oraz monitoring urządzeń wszczepialnych.

Planujemy co miesiąc wdrażać nowy pilotaż, żeby analizować i sprawdzać nowe rozwiązania, które będziemy chcieli docelowo wdrażać.

E-zdrowie, a COVID. To, czym tutaj możemy się pochwalić, to cały system dystrybucji szczepionek. Trochę powiedziałam o tym wcześniej. Mamy również system dystrybucji, w którym podmioty wykonujące szczepienia mogą zamawiać szczepionki. Na tej podstawie Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych wie, kiedy, dokąd i ile dawek wysłać. Dzięki temu te dawki się nie marnują. Mamy bardzo sprawny przepływ informacji pomiędzy placówkami szczepiącymi, a dostawcami szczepionek. Wdrożyliśmy e-kolejkę, dzięki czemu rozładowaliśmy kolejki w mobilnych punktach wymazowych. Początkowo samochody stały w sznurkach i wszyscy się denerwowali, bo czekali po kilka godzin. Udało nam się wdrożyć taki system, że przy zlecaniu wymazu pacjent dostawał informację SMS o tym, dokąd ma się udać na pobranie wymazu. Dzięki temu udało nam się sterować tymi pacjentami nie było już takich sytuacji, że w tym samym czasie wszyscy kierowali się do tego samego miejsca. Zostało to odebrane bardzo pozytywnie.

Podsumowując naszą działalność e-zdrowotną w czasie pandemii trzeba powiedzieć, że gdyby nie rozwój e-usług zdrowotnych, to myślę, że społeczeństwo byłoby w o wiele gorszym położeniu. Miałoby o wiele gorszą opiekę zdrowotną. Dzięki e-receptom i e-skie-

rowaniom można było stosować wizyty telemedyczne i uzyskiwać najpilniejsze porady. Oczywiście, ci, którzy wymagali osobistej wizyty, również mieli taką możliwość. E-zdrowie, to oczywiście również takie projekty, jak e-krew, informatyzacja Polstransplantu, system obsługi list refundacyjnych czy Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi. Tu już nawet nie wymieniamy wszystkich rejestrów, ponieważ one działają. Już od lat funkcjonują i są to znane systemy. Co, po covidzie? Po covidzie wdrażamy zdalną ankietę stanu zdrowia pacjenta w IKP i w Domowej Opiece Medycznej oraz e-skierowania na badania profilaktyczne w ramach projektu Profilaktyka 40+.

Pracujemy nad zastosowaniem podpisu biometrycznego w placówkach medycznych przede wszystkim dla pacjentów, gdyż obecnie pacjenci podpisują papierową dokumentację medyczną odręcznie, a chcielibyśmy, żeby to stało się cyfrowe, żeby w łatwy sposób można było to przesyłać do systemów informatycznych podmiotów leczniczych oraz w łatwy sposób przechowywać. Cały czas rozszerzamy katalog e-skierowań. Usprawniamy system e-zleceń. To, nad czym będziemy mocno pracowali, to zastosowanie sztucznej inteligencji w podejmowaniu decyzji personelu medycznego jako wsparcie dla personelu medycznego, interoperacyjność urządzeń medycznych w telemedycynie oraz zastosowanie SNOMED-ów w realizacji tych zadań. Myślimy o przyjęciu strategii e-zdrowia. To, co istotne: chcemy ustalić jasną demarkację działań ogólnopolskich oraz regionalnych, szczególnie w kontekście środków europejskich, żeby zachować spójność działań i nie realizować projektów, które potem są takimi wyspami i nie można ich wykorzystać w całości systemu.

Środki, które będą to finansowały, to środki z Krajowego Planu Odbudowy. Tam mamy dużą działkę pt. „Transformacja cyfrowa w ochronie zdrowia”. Będą to także fundusze europejskie na rozwój cyfrowy. Przewidujemy dalszy rozwój usług cyfrowych technologii medycznych, zdalnych form opieki medycznej. Będzie to przez cały czas edukacja i ta sztuczna inteligencja. Bardzo dużą działką, która została zinformatyzowana, jest Państwowa Inspekcja Sanitarna. Tutaj też bardzo dużo się wydarzyło w ciągu ostatniego pół roku, ale poproszę ministra Saczka, żeby o tym pokrótce opowiedział. Dziękuję.

Wz. głównego inspektora sanitarnego Krzysztof Saczka:

Dziękuję za głos, pani przewodnicząca. Wysoka podkomisjo, jeżeli chodzi o Państwową Inspekcję Sanitarną, może bardzo krótko powiem, że oprócz wszystkich działań związanych z poprawą dostępności sprzętu, czyli telefonów, komputerów i dostępu do Internetu, flagowym produktem jest SEPIS, czyli System Ewidencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, który docelowo ma obsłużyć wszystkie procesy biznesowe, czyli po prostu wszystkie zagadnienia, którymi zajmuje się inspekcja sanitarna. Ma również umożliwić kontakt poprzez określony portal internetowy z inspekcją sanitarną tak, żebyśmy mogli wszystkie sprawy z inspekcją sanitarną załatwić przez nowoczesne narzędzia, które daje nam technologia. Docelowo chcemy, żeby elementem SEPIS-u była również aplikacja mobilna, dzięki której z urządzeń mobilnych będziemy mogli kontaktować się z inspekcją sanitarną.

Oczywiście, w początkowej fazie ta platforma powstawała w erze pandemii covid, więc prace były skupione na zoperacjonalizowaniu inspekcji w zakresie obsługi klientów, czyli nakładania kwarantann, obsługi kwarantann, obsługi osób zakażonych. Tutaj wprowadziliśmy formularze internetowe, rejestrowanie zgłoszeń z infolinii. Zintegrowaliśmy się z systemem EWP, który stanowi rejestr osób zakażonych i jest zintegrowany z innymi interesariuszami. Zintegrowaliśmy się z narzędziami instytutu PZH, któremu przekazujemy dane z wywiadów epidemiologicznych. Szanowni państwo, te narzędzia, które wdrażaliśmy, pozwoliły nam teraz, w wiosennej fali zakażeń, realizować wszystkie zadania praktycznie na bieżąco i online. Ponad 82% wywiadów epidemiologicznych i wszystkich spraw realizowaliśmy w ciągu 3 godzin.

W ciągu 24 godzin realizowaliśmy ponad 96% spraw. Proszę zobaczyć, jak wdrożenie nowoczesnych narzędzi pozwoliło nam poprawić jakość i skuteczność realizacji zadań. Oczywiście, oprócz zadań związanych z epidemiologią rozszerzyliśmy to na obsługę i nadzór nad ogniskami zakażeń. W związku z uruchomieniem narodowego programu szczepień uruchomiliśmy elektroniczne zgłoszenia niepożądanych odczynów poszcze-

piennych. Te zdarzenia rejestrowane są w naszym systemie SEPIS. Są kompletowane przez inspekcję sanitarną, a następnie przekazywane do zainteresowanych interesariuszy, głównie do PZH, który poddaje to obróbce, czyli analizie merytorycznej. Szanowni państwo, w czasie trzeciej fali wiosennej, realizowaliśmy ponad 800 tys. zgłoszeń miesięcznie. To pokazuje skalę działań, z którymi musiała się zderzyć inspekcja sanitarna.

Natomiast wdrożenie tych narzędzi pozwoliło nam faktycznie zrealizować to w sposób niezwykle sprawny. Ponadto wdrażamy narzędzia analityczne, których podstawą jest Power Bi. Wdrażamy również narządzie związane ze sztuczną inteligencją, które pozwoli nam poszerzyć spektrum identyfikacji ryzyk i pozwoli łatwiej podejmować decyzje. Myślę, że to tyle, szanowni państwo. Jeszcze na koniec tylko powiem, że teraz dość mocno i intensywnie pracujemy w zakresie rozbudowy kompetencji inspekcji sanitarnej w obszarze obsługi nowej mutacji. O ile jako społeczeństwo mamy teraz bardzo niski poziom zakażeń, o tyle inspekcja sanitarna naprawdę intensywnie pracuje, żeby wychwycić wszystkie ogniska, szczególnie dotyczące mutacji alertowych. Tutaj mam na myśli mutację delta, która jest flagowa. Mamy to wszystko pod nadzorem i dążymy do tego, żeby dochodziło do jak najmniejszej liczby zakażeń wśród społeczeństwa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo serdecznie. Nie ma chyba w Polsce, a myślę, że również w Europie osoby, która nie doceniłaby tego informatycznego wkładu, który przeżył absolutny rozwój w czasie pandemii. Mogliśmy pokazać nasze możliwości w zakresie e-zdrowia i to, jak szybko byliśmy informowani, jak szybko byliśmy upgrade'owani, że się tak wyrażę informatycznie. Dzięki temu mogliśmy zarządzać całą kryzysową sytuacją i w zakresie szczepionek i w zakresie testów, jak mówił pan minister. Kwestia recept, to kwestia jeszcze przedszczepionkowa, przedpandemiczna. Pamiętam jako wojewoda, że kiedy wprowadzaliśmy e-recepty, wszyscy podchodzili do tego bardzo nieufnie. Natomiast okazało się, że jest to rozwiązanie bardzo sprawne i bardzo pomagające. E-skierowania, to jest sprawa fenomenalna.

Myślę, że z perspektywy pacjenta i odbiorców życia przyglądających się polskiemu systemowi ochrony zdrowia to są wielkie osiągnięcia, których zazdroszczą nam sąsiednie kraje. Wiemy to z konsultacji i rozmów z kolegami po fachu chociażby z Niemiec, którzy są zdziwieni tym technologicznym, cyfrowym postępem w Polsce, za co serdecznie dziękuję. Mamy zaproszonych gości. Jestem przekonana, że państwo chcą wziąć udział w tej dyskusji, więc bardzo proszę. Kto z państwa chciałby podjąć temat i przedstawić swoje doświadczenia, swoje refleksje? Pozwolę sobie najpierw oddać głos gościom, a później państwu posłom. Bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się, bo to jest nagrywane.

Prezes zarządu Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego Henryka Koperniak:

Dzień dobry państwu, Henryka Koperniak, prezes Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego STROM. Mogę powiedzieć tak. Te wszystkie niewątpliwe osiągnięcia są wynikiem pracy wielu zespołów. Mówi się o nich „interesariusze". Są to lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, ludzie, którzy zajmują się informatyką po stronie instytucji publicznych takich, jak NFZ czy Ministerstwo Zdrowia. Na końcu pozwolę sobie wymienić producentów, którzy mają dosyć duży wkład w ten proces, co chcę podkreślić wężykiem. Niestety, te wszystkie osiągnięcia, które wymieniła pani minister Goławska, to była dla nas droga przez mękę. STORM od samego początku istnienia jest najstarszą instytucją branżową skupiającą ekspertów, producentów oprogramowania rynku ochrony zdrowia. Istniejemy od 2007 r. Po prostu jesteśmy stale w procesie przeciągania się z instytucjami publicznymi i dopraszaniem się o dostęp do informacji publicznej, która na podstawie ustawy powinna być dla nas jak najbardziej dostępna.

Przeżyliśmy 2 bardzo ciekawe, można też powiedzieć, że pouczające momenty. Pierwszy był w chwili, kiedy STORM powstał, poniekąd z inicjatywy NFZ. Nastąpiło to na przełomie 2007 r. i 2008 r., kiedy otwarły się tzw. formaty i mogliśmy dla państwa szerokim frontem zrealizować zadanie sprawozdawczości dla NFZ. To był dla nas bardzo ciekawy i pouczający okres, a jednocześnie pierwszy sukces informatyki w ochronie zdrowia. Dlatego, że te formaty się upowszechniły. Lekarze, placówki i leczeniodawcy

– teraz się mówi świadczeniodawcy – bardzo żywo zaangażowali się w realizację sprawozdawczości w NFZ. To też nie było łatwe, ale NFZ bardzo się starał przyczynić się do wymiany informacji, co w tamtym, odległym czasie było bardzo trudne, ponieważ były jeszcze wątpliwości czy instytucje publiczne mają rozmawiać z prywaciarzami. Producenci, to są w dalszym ciągu organizacje prywatne, przedsiębiorstwa.

No i cóż? To się udało. To zaufanie wystąpiło. NFZ po raz pierwszy wprowadził forum wymiany informacji. Powstały grupy dyskusyjne. Całe środowisko bardzo intensywnie pracowało. STORM jest organizacją, która pracuje na rzecz całego środowiska producentów oprogramowania rynku medycznego. Drugim momentem, który nas bardzo zbudował i dodał nam sił, było wprowadzenia e-ZLA, powszechnie nazywanego zwolnieniem lekarskim. Prawie pięcioletnia współpraca z ZUS zaowocowała koncertowym wdrożeniem tego dokumentu, tego komunikatu. Powiem, że STORM miał w tym momencie bardzo duży udział w sukcesie. Znowu zawdzięczamy to temu, że ZUS w którymś momencie się przełamał i zaczął nas traktować, jak normalnych partnerów. Też stworzono forum dyskusyjne. Były platformy testowe. Był bardzo dobrze obsługiwany system suportu dla producentów. Sądzę, że ZUS-owi to się opłacało. Producenci też nie tracili czasu, tylko pracowali nad tym, co dostali, co zostało przed nimi postawione.

Zwłaszcza, że – chcę państwu przypomnieć – początkowo ZUS szedł razem z P1 równoległymi torami. ZUS miał dostać od P1 podpis elektroniczny dla lekarzy. Gdy okazało się, że P1 stanęło, ZUS musiał w trybie ekspresowym, bardzo szybko zrealizować certyfikat podpisu dla całej ochrony zdrowia. W tej chwili lekarze też korzystają z tego podpisu. Ten – jak można powiedzieć – problem wskazał właśnie STORM, mogąc bardzo szczegółowo analizować wszystkie tzw. scenariusze biznesowe, czyli wszystkie zdarzenia, które występują w trakcie realizacji zadania. Niestety, nie mogę tak wiele dobrego powiedzieć na temat współpracy z CEZ, a wcześniej z CSIOZ. Tutaj mamy cały czas drogę przez mękę, jak powiedziałam na początku. Lista bardzo wielu zarzutów producentów została przedstawiona pani minister Goławskiej z uprzejmą prośbą o rozmowę. Nasz postulat skupia się na jednej, najważniejszej rzeczy.

Niestety, nie zdały egzaminu próby skanalizowania braków informacyjnych poprzez Radę do Spraw Interoperacyjności. Call center działający w CEZ nie daje żadnych dobrych rezultatów. Stanowiska testowe są wyłączane na więcej niż 2 tygodnie i nawet nie można się dopytać, kiedy zostaną uruchomione. Sorry, ale rozumieją państwo, jeżeli producenci nie mogą przetestować swojego oprogramowania, to jak mogą je sprzedać bez testów? To jest bardzo trudne. Jak mogą je wdrożyć? Jaką mają dać gwarancję świadczeniodawcom, że sprzedają dobry produkt? W związku z tym stawiamy taki postulat. Uprzejmie prosimy o akceptację przywrócenia forum dyskusyjnego, grup dyskusyjnych moderowanych przez merytorycznych pracowników CEZ. Po to, żebyśmy mogli jako producenci, dotrzymywać wszystkich wyznaczonych terminów.

Ktoś nam powie, że od kilku lat wiemy o tym, że trzeba to zrobić. Tylko, że nie dostajemy reguł walidacyjnych. Nie otrzymujemy wszystkich dobrze opisanych scenariuszy biznesowych. Co z tego, że wiemy, że jest termin 1 lipca 2021 r., jeżeli nie wiemy, co mamy robić? W związku z tym, nawet jeżeli ktoś powie, że jest jakaś grupa, która to zrobiła, to ja powiem tak. Jest taki ZUS pod zarządem pani prezes Gertrudy Uścińskiej, który też to zrobił. Też wdrożył. Jeszcze raz powtórzę – w trybie koncertowym. Niech CEZ idzie po naukę, jak prowadzić wdrożenia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Na pewno później pani minister będzie chciała się do tego odwołać i odpowiedzieć na tego typu kwestie. Natomiast ja bym powiedziała w ten sposób, proszę państwa. Wszyscy, którzy tutaj jesteśmy, jesteśmy w ochronie zdrowia zamocowani zawodowo i mamy swoje doświadczenia. Takie rewolucje, również rewolucje informatyczne, nie rodzą się w sposób szybki ani łatwy. Stare przysłowie mówi, że nie od razu Kraków zbudowano. A tym bardziej nie od razu ten Kraków zbudowano w momencie absolutnego kryzysu, nieoczekiwanego przez władzę i często zaskakującego, jakim była pandemia czy jakim właśnie jest pandemia. Pamiętam 2007 r. i czas, kiedy informatyzacja tak na dobrą sprawę tworzyła w ochronie zdrowia to, o czym pani mówiła, sprawozdawczość

do Narodowego Funduszu Zdrowia, zresztą moi koledzy, szefowie różnych jednostek medycznych także. Na pewno pani minister będzie chciała się do tego odwołać.

Natomiast, proszę państwa, chciałabym, żebyśmy mogli konstruktywnie ocenić to, co zostało dokonane przez Ministerstwo Zdrowia, a to naprawdę wielki krok milowy. Po drugie, żebyśmy zastanowili się nad tym, co pani minister przygotowała i przedstawiła jako naszą perspektywę. Chciałabym, żeby bilateralnie państwo to sobie wyjaśnili.

Prezes zarządu STORM Henryka Koperniak:

Jeszcze jedno słowo chciałabym dorzucić do swojej wypowiedzi, bo może skupiłam się na tej drodze przez mękę. Powiem tak. Jako STORM zawsze byliśmy entuzjastami wszelkiego postępu i informatyzacji w ochronie zdrowia. Przez wiele lat współpracowaliśmy z CEZ w tzw. grupie doradczej użytkowników. To była praca społeczna. Byliśmy związani umową o współpracy. W tamtych odległych czasach to dawało w miarę dobre wyniki. Niestety, sama realizacja nie jest na tak dobrym poziomie. Jeszcze raz podkreślam, że nie jesteśmy przeciwnikami informatyzacji, postępu i rozwoju. Z wielką chęcią możemy podejmować wszelkie konsultacje i rozmowy na temat tego, w jaki sposób rozwijać wszystkie e-usługi w ochronie zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo za ten dodatek. Jestem przekonana, że właśnie ten entuzjazm i wyrozumiałość wobec wszystkich interesariuszy są konieczne, żebyśmy mogli poprowadzić tę rewolucję cyfrową dalej ku świetlanej przyszłości.

Tylko dodam, że panią profesor również zapraszaliśmy na dzisiejsze spotkanie. Niestety, pani profesor nie mogła dzisiaj uczestniczyć w tym spotkaniu z nami. Natomiast, oczywiście, uwzględniliśmy aspekt ubezpieczeń w składzie całego systemu ochrony zdrowia. Bardzo dziękuję za te słowa. Później będą prosiła panią minister o odniesienie się przynajmniej do niektórych kwestii. Myślę, że resztę wyjaśnią sobie państwo w układzie bilateralnym.

Przedstawiciel Naczelnej Izby Aptekarskiej – zresztą też wywołany do rozmowy – pan Witkowski Marian. Bardzo proszę.

Konsultant do spraw aptek ogólnodostępnych Naczelnej Izby Aptekarskiej Marian Witkowski:

Zgadza się. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, jako farmaceuci, jako samorząd aptekarski w pełni zgadzamy się z tym, że postęp w zakresie cyfryzacji, w zakresie e-zdrowa, jaki miał miejsce w Polsce jest niewyobrażalny. Dla nas, dla farmaceutów jest to przeogromny plus. Przede wszystkim z jednej, podstawowej przyczyny – z powodu bezpieczeństwa pacjenta. Nareszcie odczytujemy recepty. Widzimy je dokładnie. Po wystąpieniu mojej przedmówczyni, pani prezes, przychylę się do stwierdzenia, żebyśmy pielęgnowali to dziecko, które nam pięknie rośnie. Dlatego, że e-recepta, chociaż funkcjonuje, ciągnie za sobą mnóstwo niedociągnięć. Musimy nad tym pracować. Stąd wniosek pani prezes o konstruktywną dyskusję w zespołach specjalistów jest przeogromnie istotny.

Proszę mieć na uwadze, że bezpieczeństwo pacjenta, o którym wspomniałem, jest dla nas priorytetem. Ale jednak, jeżeli dokument, jakim jest e-recepta, ciągnie za sobą błędy, to dla nas jest to ryzyko zwrotu refundacji. Lęk przed tym może powodować nieporozumienia i ewentualne problemy i zakłócanie racji pacjenta. Dlatego jako samorząd również wnosimy do pani minister o to, żeby tę dyskusję w zespołach specjalistycznych ponownie zacząć już teraz po covidzie, żeby rozwijać i udoskonalać to, co zbudowaliśmy. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. To na pewno był bardzo ważny i ważki postulat. Ale tutaj będziemy musieli wyznaczyć pewien balans. Rozmawiając z kolegami farmaceutami słyszę jednak bardzo dużo pozytywnych opinii o e-receptach. Oczywiście, w tej chwili mogą państwo funkcjonować w zupełnie nowej formule. Bardzo proszę, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Bardzo proszę, pani wiceprezes.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Dziękuję bardzo. Bardzo dziękuję za przedstawiony materiał, natomiast mam pytanie do pani minister, ponieważ przez kilkanaście lat przy Centrum Systemów Informacji Ochrony Zdrowia pracował zespół nad ICNP, nad międzynarodową klasyfikacją diagnoz pielęgniarskich. Chciałabym zapytać, czy przewidują państwo możliwość wdrożenia tej klasyfikacji na szeroką skalę w Polsce, co zdecydowanie ułatwiłoby pracę polskim pielęgniarkom i położnym? To jest pierwsze pytanie. I drugie. Przedmówcy mówili, ile dobrego zrobiła e-recepta. Pielęgniarki i położne dostały możliwość ordynowania leków albo wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia. Jako środowisko borykamy się z bardzo dużymi problemami z realizacją recept wystawionych przez pielęgniarki. Myślę, że należałoby również pochylić się nad tymi problemami.

Co prawda, mamy spotkanie z panią prezes Rutkowską właśnie w tej sprawie, jak to usprawnić i gdzie leży problem z realizacją. Na pewno jest to poważny problem. Jeszcze dodatkowo chciałabym zwrócić uwagę na taki aspekt. Być może to nie jest działka pani minister, ale trzeba byłoby porozmawiać z panem ministrem Niedzielskim z tego względu, że skala recept wypisywanych przez pielęgniarki nie jest tak duża, jak byśmy sobie życzyły. Takie uprawnienia uzyskało 22 czy 23 tys. pielęgniarek i położnych w ramach dodatkowych kursów, natomiast tylko ok. 6 tys. korzysta z tych uprawnień. Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ nie weszła porada pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, która w zakresie swoich zadań ma poradę receptową. Rozporządzenie w tej sprawie wyszło już rok temu, proszę państwa, ale do chwili obecnej ta porada nie została wyceniona.

Toteż jest prośba do pani minister, żeby państwo to przedyskutowali i wzięli pod uwagę. Na pewno to pomogłoby systemowi ochrony zdrowia, ponieważ pielęgniarki mają te uprawnienia i w ramach kontynuacji mogłyby również odciążyć lekarzy chociażby w tej dziedzinie, ewentualnie skorzystać z możliwości ordynowania leków. Dziękuję. Moje pytanie do odpowiedzi dotyczy ICNP. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. Wydawało mi się, że pani również się zgłaszała. Bardzo proszę. Pani Witkowska Wioletta Zespół Radców Prawnych NIL.

Przedstawicielka Zespołu Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej Wioletta Witkowska:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, dziękujemy za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie podkomisji, które uważamy za bardzo ważne w kontekście omawiania kolejnych etapów wdrażania informatyzacji w systemie ochrony zdrowia. Chciałabym nawiązać do pisma prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej pana profesora Andrzeja Matyji, które wpłynęło na ręce państwa posłów z Komisji w dniu 21 czerwca br. Korzystając z okazji chciałabym krótko odnieść się do kilku kwestii, które samorząd lekarski aktualnie uznaje za kluczowe dla dalszego postępu procesu cyfryzacji. Na początku chciałabym, żeby wybrzmiało bardzo mocno, że samorząd lekarski popiera informatyzację. Doceniamy osiągnięcia. Wielokrotnie Naczelna Rada Lekarska dawała temu wyraz, chociażby przy wprowadzaniu e-recepty. Natomiast dzisiaj chcemy jednak wskazać na kilka problemów, które w ocenie samorządu lekarskiego stawiają pod znakiem zapytania skuteczne i kompatybilne wdrażanie omawianych rozwiązań i wciąż rodzą wiele pytań ze strony lekarzy, które do nas też wpływają.

Pierwszą kwestią jest aktualna kwestia, czyli wymiana dokumentacji EDM i obowiązek, który wchodzi z dniem 1 lipca. Nadchodzą 2 nowe obowiązki – raportowanie zdarzeń medycznych i wymiana dokumentów EDM. Na dzień dzisiejszy wiemy, że większość placówek medycznych nie jest przygotowana do realizowania wspomnianych obowiązków. Żadnego z tych obowiązków nie da się wykonać, jeżeli w placówce nie wdroży się systemu informatycznego. Z badań przeprowadzonych przez Naczelną Radę Lekarską wynika, że część placówek jest już przygotowana do nowych zadań. Zasadniczo są to duże podmioty, korzystające często z autorskich, drogich programów specjalnie przygotowanych przez dużych usługodawców. Natomiast zdecydowana większość przychodni ambulatoryjnych, gabinetów przydomowych, które korzystają z usług mniejszych firm produ-

kujących programy gabinetowe, nie może zgłosić gotowości z dniem 1 lipca z przyczyn obiektywnych. Dlatego, że – padł taki głos – takich programów jeszcze nie ma. Są one jeszcze opracowywane przez dostawców oprogramowania.

Drugą niezmiernie istotną, kluczową kwestią, którą bardzo chciałabym podnieść na tym forum, a zwłaszcza na posiedzeniu podkomisji, która zajmuje się zagadnieniami innowacji w medycynie, jest nasz postulat podnoszony już od dłuższego czasu stworzenia repozytorium do przechowywania dokumentacji medycznej na bazie usługi publicznej. Warunkiem technicznym wymiany dokumentacji medycznej jest jej deponowanie w specjalnych repozytoriach, czyli w dostępnych 24/7 przestrzeniach dyskowych, skąd po upoważnieniu dokonanym przez pacjenta podmiot zajmujący się leczeniem będzie mógł je pobrać. Bez repozytorium wymiana danych zawartych w Elektronicznej Dokumentacji Medycznej nie jest możliwa. Tymczasem obowiązek organizacji repozytoriów przez usługodawcę nie jest określony w ustawie. Repozytorium będzie składnicą ogromnej liczby plików, gigabajtów, jakkolwiek te dane można nazwać. Być może są to jeszcze większe pojęcia.

To oprogramowanie musi precyzyjnie katalogować przesyłane informacje. Musi je precyzyjnie udostępniać. To są dane wrażliwe. Najwrażliwsze. Tę dokumentację medyczną przechowujemy 20 lat. I teraz rodzą się pytania. Kto pokryje rosnące zapewne z czasem koszty funkcjonowania rozproszonych repozytoriów? Te koszty będą musiały być coraz wyższe i zresztą trudne do przewidzenia choćby z tego powodu, że przez 20 lat liczba dokumentów będzie lawinowo narastać. Kto jest dziś w stanie określić poziom kosztów utrzymania repozytoriów w przyszłości? Jest to usługa nowa, w zasadzie dotąd nieznana. Czy minister zdrowia zdecyduje się być gwarantem całości tych kosztów? Czy Narodowy Fundusz Zdrowia zabezpieczył w ramach wyceny świadczeń odpowiednie kwoty na utrzymanie bezpieczeństwa baz danych poddanych wymianie?

Dlatego środowisko lekarskie nie może się zgodzić na to – trudno jest się nam z tym zgodzić – żeby dzisiaj przyjmować na siebie zobowiązanie do przechowywania danych przez kolejne 20 lat w sytuacji, gdy nie jest znany koszt takiego przedsięwzięcia. Nie wiemy, jaki będzie koszt tak naprawdę nawet w ciągu najbliższych 5 lat. Prawda? Zapewnienie bezpieczeństwa w tak długim okresie, wobec dynamiki zmian na rynku dostawców oprogramowania jest trudne do wyobrażenia. Dlatego postulatem bardzo dla nas ważnym – dla samorządu lekarskiego – jest stworzenie repozytorium jako usługi publicznej. Uważamy, że jest to zadanie władz publicznych przede wszystkim właśnie w kontekście zapewnienia bezpieczeństwa przechowywanych danych. Oczywiście, opcjonalnie. Tak, żeby podmioty wykonujące działalność leczniczą mogły na jednolitych warunkach, przy jednolitym koszcie składować takie dane w tych repozytoriach. Opcjonalnie, jeżeli będą chciały z takiej usługi skorzystać.

Żeby nie przedłużać, w związku z naszymi uwagami postulujemy jednak przyjęcie, że placówki medyczne nie miały dostatecznych możliwości przygotowania się na termin 1 lipca. Jak mówię, samorząd bardzo popiera informatyzację. Jesteśmy tutaj nastawieni pokojowo, ale oczekujemy spokoju. Spokoju, który pozwoli placówkom spokojnie dokończyć etap przygotowawczy, zgodnie ze stanem przygotowania dostawców. Jednocześnie liczymy na to, że atmosfera nie będzie podgrzewana jakimiś ewentualnymi zapowiedziami sankcji wobec tych placówek, które wciąż są jeszcze w trakcie dostosowywania się do nowych wymogów.

Korzystając z obecności pani minister powiem, że podtrzymujemy postulat, żeby każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą miał prawo do zorganizowania swojego repozytorium EDM na bazie usługi publicznej. Zwracamy się o zrealizowanie dokonanych już ustaleń i obietnic złożonych podczas prac nad strategią dla e-zdrowia na lata 2021–2025 i umożliwienie wszystkim chętnym usługodawcom skorzystanie z repozytoriów budowanych na platformach regionalnych. Wiem, że długo mówię, ale pozwolę sobie poruszyć jeszcze dosłownie ostatni wątek, zresztą nawiązując do informacji przekazanej też przez panią minister. Chodzi o kwestię zgody pacjenta. Podstawowym założeniem wprowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej było eliminowanie konieczności wytwarzania dokumentów w tradycyjnej formie papierowej. Dzisiaj zgoda

pacjenta na wykonanie zabiegu jest pobierana w formie papierowej nawet, jeśli podmiot medyczny prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej.

Naczelna Rada Lekarska wielokrotnie wskazywała na konieczność zapewnienia możliwości prawnych prowadzenia całej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Stąd niedawno został wydany apel samorządu – dlatego pozwalam sobie jeszcze o nim dzisiaj powiedzieć – o podjęcie prac nad nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta w kierunku rozszerzenia zawartego w art. 18 ust. 1a katalogu sytuacji, w których możliwe jest wyrażenie zgody na udzielenie świadczenia o podwyższonym ryzyku terapeutyczno-diagnostycznym w formie dokumentowej. Proponujemy, żeby zgoda w takiej formie mogła być udzielona w systemie teleinformatycznym usługodawcy pod warunkiem spełnienia wymagań technicznych takiej czynności. Oczywiście, należałoby wówczas określić też wymagania dotyczące składania oświadczeń za pomocą urządzeń odwzorowujących podpis. Zorientowaliśmy się, że proponowane rozwiązania techniczne znajdują się w ofercie większości dostawców oprogramowania gabinetowego. Bardzo dziękuję za możliwość przedstawienia tych uwag.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. Już nie będę komentować, żeby nie przedłużać. Wiem, że pani minister na pewno się do tego odniesie. Czy są jeszcze jakieś głosy w dyskusji? Bardzo proszę, pani poseł Katarzyna Sójka. Pani doktor Katarzyna Sójka. Później pan dyrektor, pan poseł Wicher. Proszę bardzo.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Pani przewodnicząca, postaram się mówić krotko. Szanowni państwo, bardzo dużo się wydarzyło. Pewnie się powtórzę, ale powiem to troszeczkę nie tyle z punktu widzenia polityka, tylko z punktu widzenia lekarza, który pracuje w przychodni lekarza rodzinnego i w zasadzie na co dzień korzysta z tego, co się zmieniło. Myślę, że sporo się zmieniło. Bardzo dużo się zmieniło, nie tylko dla mnie jako lekarza, ale również dla pacjenta. Jeżeli chodzi o e-recepty, jak powiedziała pani przewodnicząca, mogliśmy z nich korzystać dużo wcześniej, przed pandemią. Akurat moja placówka ma wspaniałego kierownika, który podejmuje wszelkie wyzwania związane z cyfryzacją od razu, na bieżąco. Pracowaliśmy na e-receptach sporo wcześniej. Natomiast pandemia uświadomiła i nam lekarzom, i pacjentom, że ta technika nie jest straszna. Że ta cyfryzacja i informatyzacja jest czymś, co w zasadzie ułatwi życie.

Z punktu widzenia pacjentów-seniorów, którzy najbardziej boją się cyfryzacji, zawsze dobrze mieć papier w ręce, żeby mieć poświadczenie tego, co się dzieje. Również oni z tego korzystali, szczególnie kiedy weszły teleporady. Pandemia pokazała również dalszy postęp. E-skierowania. E-recepty już były. E-zwolnienia. Jako osoba, która bierze czynny udział w szczepieniach muszę powiedzieć i bardzo pochwalić to, że cały system związany z prowadzeniem szczepień, z wyznaczaniem terminów, z przekładaniem terminów, z całym grafikiem, jak również z kwalifikacją pacjentów jest niesamowicie intuicyjny. Na pewno jest mi łatwiej niż starszemu lekarzowi. Natomiast nie potrzebowałam żadnego szkolenia, bo było to tak intuicyjne, że w zasadzie od razu, za pierwszym razem można było to uruchomić.

Bardzo chciałam też pochwalić system związany z informacją o kwarantannach wśród pacjentów należących do POZ. Nie ukrywam, że taka informacja o moich pacjentach, ponieważ mogłam tę listę sprawdzić, przydała się w kilku przypadkach. Technicznie przydała się do tego, że mogłam zweryfikować pacjentów i uniknąć ryzyka zakażenia. Niestety, były takie sytuacje, kiedy pacjenci niekoniecznie chcieli pewnych usług. Przydało się to właśnie w ten sposób, że uniknęliśmy tego ryzyka. Szanowni państwo, chciałam też powiedzieć o wymianie EDM. Rozumiem, że są pewne punkty i wiem, że są lekarze, którzy do dzisiaj z informatyzacji nie korzystają. Jeżeli chodzi o wymianę EDM, niezależnie od tego, jak przygotowane są POZ i jednostki do tego, żeby to wprowadzić myślę, że z punktu widzenia pacjenta byłoby lepiej, żeby tego nie oddalać. Żeby ta cyfryzacja pojawiła się jak najszybciej, ponieważ sytuacje bywają kuriozalne. A taka informacja w przestrzeni o pacjencie czasami powoduje, że zupełnie inne są kierunki leczenia.

Chciałam jeszcze podać taki prosty przykład à propos recept. Ostatnio miałam taki przypadek. To, że mogę usiąść, wziąć telefon i wypisać swojemu pacjentowi receptę, jest niesamowicie przydatne. W weekend miałam taką sytuację, że zadzwoniła do mnie pacjentka, która potrzebowała recepty, ponieważ stłukło się jej naczynie ze środkiem, który miała, z antybiotykiem w syropie dla dziecka. Potrzebowała zwyczajnie kodu recepty tylko po to, żeby iść do apteki i kupić antybiotyk, który już od kilku dni przyjmowało dziecko. Dlatego ze swojego punktu widzenia lekarza praktyka bardzo to pochwalam i bardzo serdecznie dziękuję za to, co się wydarzyło. Wiem, że pewnie jest sporo do zrobienia. Te kierunki są bardzo dobre. Myślę, że właśnie z punktu widzenia pacjenta one będą niesamowicie korzystne, za co serdecznie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. Bardzo proszę o zabranie głosu. Pan poseł Patryk Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Pani minister, szanowni państwo, bardzo dziękuję za to posiedzenie. Nie będę się powtarzał, ponieważ już widzimy, że te wszystkie dokumenty, które były wdrożone w trybie elektronicznym, przynoszą nam same pozytywne efekty. Szczególnie pokazała to pandemia i łatwość choćby dostania recept, ale nie tylko. Natomiast, jak wiemy, tematy wykorzystywania sfery cyfrowej, tego świata elektronicznego, dzielą się na 2 sfery. Pierwszą sferą są te badania na odległość, o których wspominała pani minister, czyli tysiąc osób uratowanych dzięki systemowi nadzoru, dzięki opaskom, pomiarom saturacyjnym czy pomiarom czynników, które świadczą o tym, że jest zagrożenie życia. Sam korzystam z urządzenia elektronicznego. Mam wbity czujnik mierzący poziom glukozy we krwi. Jest on połączony z aplikacją w telefonie. Dzięki temu nie kłuję się w palce i nie muszę badać tego poziomu notorycznie.

Przykładam telefon i w każdej chwili mogę zbadać mój poziom glukozy. To pokazuje, jak poszliśmy do przodu. Mogę ten system udostępnić mojej pani doktor, która dzisiaj jest w Krakowie. Ona widzi, jaki mam poziom glukozy. Może dostosować moje leczenie do wskazań tego urządzenia. Kiedyś już w oświadczeniach prosiłem, żeby rozważyć możliwość refundacji, choć wiemy, że na razie takie sensory są drogie, bo to jest w sumie 250 zł na 2 tygodnie. Na razie to są kwoty niebotyczne dla pacjenta. Drodzy państwo, to pokazuje, jak dzisiaj na bieżąco możemy regulować leczenie i nadzorować pacjenta zdalnie. Ale nie możemy przesadzać. Teleporady stały się błogosławieństwem i przekleństwem okresu pandemii. Pokazały, że nie możemy iść od skrajności do skrajności. To jest pierwsza sprawa. Wykorzystywanie sztucznej inteligencji do wsparcia różnych procesów w różnych instytucjach. Wspieranie urządzeń technologii, która pozwala nam badać pacjenta na odległość. To jest jedna sfera.

Drugą sferą jest EDM, czyli Elektroniczna Dokumentacja Medyczna i inne usługi, które można zelektronizować, a także repozytoria czy potężne serwerownie, które muszą to obsługiwać. Moi drodzy państwo, miałem zaszczyt kierować palcówką w formie sanatorium z oddziałami szpitalnymi. Kiedy przyszedłem do tej placówki, funkcjonowały tam 3 programy księgowo-kadrowe i 1 program medyczny i nie dało się nawet zobaczyć, jak wygląda bieżąca sytuacja firmy, jakie są odczynniki. Kiedy odchodziłem, mieliśmy ujednolicony system nadzoru. Mogłem kliknąć w systemie i zobaczyć, jaki jest dzisiaj wynik finansowych, jakich mamy pacjentów, jakich zabiegów używają, gdzie w tym momencie jest pacjent, w którym gabinecie. Mogłem na bieżąco nadzorować firmę. Dodatkowo, po złączeniu tego z elektroniczną dokumentacją, czyli z eDok, który usprawnił dokumentację administracyjną i połączył się z tym systemem miałem pełen obraz firmy. Mogłem być w Krakowie, w Warszawie czy w Gdańsku i nadzorować swoją firmę, bo miałem o niej pełną informację.

To pokazuje, że gdybyśmy te systemy podpięli do systemu ogólnego NFZ i ministerstwa, przy cyfryzacji niektórych procesów moglibyśmy dokonywać ograniczenia liczby wytwarzanych dokumentów, to znaczy zautomatyzowania takich rzeczy, jak pewne raporty czy informacje, które wysyłamy do tych instytucji. Jeżeli w przyszłości system będzie spójny, jednolity, to nie ma problemu, żeby dyrektor NFZ widział na bieżąco, które jednostki w tym momencie są w jakiej kondycji rozliczeniowej. Mówię o sferze finansów, ale mówimy też o wszystkich

innych wskaźnikach, które możemy badać. W związku z tym, pani minister, apeluję o jedną rzecz. W procesie cyfryzacji rozważajmy też, co jest bardzo ważne, od razu, które dokumenty, oprócz tego, że mogą być cyfryzowane, mogą być uproszczone i zautomatyzowane dzięki temu procesowi. To jest też bardzo istotny element.

I trzeci element, związany z drugim, to dokumentacja medyczna. Dzisiaj pacjent musi wozić ze sobą dokumentację medyczną. Zrobi gdzieś tomograf. Zrobi gdzieś prześwietlenie. Niby wydadzą, nie wydadzą, trzeba o tym pamiętać jadąc do specjalisty, czy to prywatnie, czy też na leczenie publiczne do innego miejsca. Gdyby faktycznie udało się, a do tego zmierzamy i te środki są zabezpieczone dzięki działaniom ministerstwa, za co bardzo dziękuję. Przecież mamy środki na cyfryzację w najbliższych latach zarówno w programie odbudowy, jak i w innych źródłach, więc *chapeau bas* przed panią minister, panem ministrem i całym ministerstwem, bo na pewno nie zabraknie środków na te działania. To pozwoli na to, że wchodząc do gabinetu nie będę musiał znowu robić tego, co robiłem wczoraj, kiedy korzystałem z podania drugiej dawki leczenia biologicznego. Musiałem iść do pani pielęgniarki i wypełnić podstawową ankietę o temperaturze i nie tylko. Wiadomo. Później musiałem odpowiadać lekarzowi na te same pytania, to znaczy, jakie biorę leki, jakie jest leczenie, bo wszystko jest spisywane na kartce. W systemie jest tylko część rzeczy.

Drodzy państwo, to by dużo usprawniło. Nawet przychodząc do placówki, zaczynając te wszystkie rzeczy, nie dostawałoby się tych podstawowych pytań. Nie byłoby wypełniania ankiety o tym, jakie pacjent bierze leki, kiedy była ostatnia operacja, czy był u stomatologa. Te informacje sczytywałyby się automatycznie i tworzyłyby profil pacjenta. Lekarz przyjmując pacjenta mógłby to sobie przeczytać. To skróci cały proces przyjmowania pacjenta i nie tylko. W związku z tym te działania idą w dobrym kierunku i tutaj trzeba je wykorzystywać. Natomiast wizyta fizyczna u lekarza jest jednak czasami bardzo ważna, więc porady tak, nowoczesne technologie tak, ale pacjent od czasu do czasu powinien jednak stać przed nami fizycznie i być przez nas zbadany. Wszystko jest ok., ale kontakt fizyczny, to jest takie psychologiczne wsparcie naszego pacjenta. To też jest bardzo istotnym elementem.

Odnosząc się do izb pielęgniarskich, do naszych wspaniałych pań pielęgniarek i nie tylko, bo czasami w tym zawodzie zdarzają się też mężczyźni, *chapeau bas* przed wami, oczywiście, przed farmaceutami i przed wszystkimi zawodami. Tutaj racja. Skoro tyle tysięcy pań poświęciło czas i zdobyło te kwalifikacje, to bardzo bym prosił panią minister, żebyśmy jak najszybciej dopuścili panie pielęgniarki do wystawiania leków. Wiem, jak to jest, kiedy sam dzwonię do swojej przychodni i proszę o przedłużenie leków. Aż mi wstyd, że zawracam lekarzowi głowę. Mówię, panie doktorze, to samo, co zawsze. To, co jest tam na liście. Czasami, co pół roku pojawiam się na badania, żeby sprawdzić, czy leczenie działa. Wiadomo, że wtedy jest jakaś korekta leczenia. Pani wie, jak naprawdę są kompetentne nasze zespoły personelu medycznego. Są tam wybitne jednostki.

Możemy się szczycić poziomem wiedzy personelu medycznego i chwalić się tym na całym świecie, w związku z czym dalej rozszerzałbym kompetencje pań pielęgniarek, fizjoterapeutów czy aptekarzy i nie tylko, w pełnym zaufaniu do ich kompetencji. Myślę, że te rozwiązania też będą ich wspierały. Przepraszam, że mówię tak szybko, dynamicznie, bo o każdym elemencie można byłoby długo dyskutować. Pani przewodnicząca prosiła, żeby robić to krótko, więc dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie pośle. Krotko dlatego, że za chwileczkę będziemy mieć głosowania. Już nas wzywają na salę plenarną. Dlatego pozwolę sobie również panią minister poprosić o bardzo zwięzłe, konkretne i jednoznaczne odpowiedzi na te kwestie, które zostały podjęte. Bardzo dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Dziękuję bardzo. Przede wszystkim dziękuję za te miłe słowa, bo jednak jest to dla nas ważne, że pomimo różnych potknięć nasze działania są jednak odbierane pozytywnie. Dziękuję również za konstruktywną krytykę, bo ona zawsze pomaga nam poprawiać się i usprawniać to, co wytworzyliśmy. W informatyce jest tak, że faktycznie cały czas trzeba ulepszać te rozwiązania, które wdrażamy. Pracujemy nad usprawnianiem recept i skie-

rowań. Cały czas analizujemy różne zgłoszenia od różnych środowisk wewnętrznych i zewnętrznych. Cały czas patrzymy, jak to wygląda. Takim forum wymiany doświadczeń jest Rada do Spraw Interoperacyjności. Słuchając dzisiejszych głosów pomyślałam sobie, że być może dobrze byłoby tę radę podzielić na podgrupy, żeby można było wyspecyfikować tematy, które są tam poruszane. Być może moglibyśmy bardziej szczegółowo omawiać niektóre kwestie, żeby można było podejmować bardziej skuteczne działania za strony CEZ i ze strony MZ.

Jeśli chodzi o termin obowiązku raportowania zdarzeń medycznych i wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej, stanowczo nie chcemy wydłużać tego terminu. Był okres dostosowawczy. Z naszych doświadczeń z kolei wynika, że przy każdym wdrożeniu jakiegokolwiek rozwiązania w momencie, kiedy zbliża się termin obowiązku, jest dokładnie taka sama dyskusja. Nie jesteśmy gotowi. Przedłużmy. Może jeszcze pół roku, może kilka miesięcy. Kiedyś ten punkt odcięcia musi być. Kiedyś musimy sobie powiedzieć, że czas najwyższy wdrożyć te rozwiązania. Zdajemy sobie sprawę, że dostawcy często żądają zapłaty za to dostosowanie. Nie są to kwoty małe. Często małe podmioty mają problem, żeby to sfinansować. Myślimy nad rozwiązaniami, które pomogą dostosować się z dofinansowaniem.

Jeśli chodzi o repozytoria, to już bodajże od 2019 r. toczy się dyskusja o uruchomieniu lokalnych repozytoriów na bazie tych regionalnych platform, które powstały. Z tego, co wiemy, na dzień dzisiejszy 2 się przekształciły, a pozostałe nie. Nad tym też pracujemy. Pracujemy nad rozwiązaniami, które zaopiekują się mniejszymi podmiotami, żeby rzeczywiście nie miały problemów z przechowywaniem dokumentacji. Natomiast dzisiaj też każdy podmiot przechowuje dokumentację w jakiś sposób. Wytwarza i przechowuje. Nie jest tak, że nagle totalnie zmieniamy rzeczywistość. Dzisiaj rozmawiamy przede wszystkim o wymianie dokumentacji medycznej, a nie o samym wytwarzaniu tych dokumentów. Było pytanie o ICNP. Tutaj nie mam gotowej odpowiedzi, jeśli chodzi o termin, ale tak, będziemy na pewno wdrażać te słowniki, żeby zaopiekować porady pielęgniarskie i lekarskie. Też nad tym pracujemy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Dziękuję pięknie. Proszę państwa, myślę, że szczególnie ostatnie informacje, dotyczące zabezpieczenia mniejszych podmiotów, są bardzo istotne. Nie wiem, czy mam dobre informacje, ale z rozmów między nami kolegami, szefami różnych jednostek medycznych wynika, że w środowisku większych jednostek informatyzacja i przygotowanie jest ok. 60%. Tak mi się wydaje.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Tak. Ponad 60% placówek jest przygotowanych do wymiany.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Rzeczywiście, dla mniejszych podmiotów, mających tylko jednego specjalistę, np. lekarza rodzinnego, gdzieś w mniejszych miejscowościach, to może być wyzwanie. Dlatego ukłon w stronę takich podmiotów z państwa strony, ze strony ministerstwa, może być pożądany i będzie dobrze widziany. Panie pielęgniarki i położne na pewno będą usatysfakcjonowane tym, że są pomysły, które będą realizowane. Tylko termin jeszcze nie jest ustalony. Zachęcam państwa do tego, żeby mogli państwo podjąć takie dyskusje bilateralnie, szczególnie z naszym stowarzyszeniem.

Podsekretarz stanu w MZ Anna Goławska:

Mamy umówione spotkanie.

Przewodnicząca poseł Violetta Porowska (PiS):

Bardzo się cieszę. Proszę państwa, zamykam dyskusję. Dziękuję za wszystkie głosy. Całe dzisiejsze posiedzenie podkomisji będzie dostępne na stronach sejmowych. Myślę, że to jest cenny wkład w ten temat. Ten temat był dosyć popularny, bo do nas, do podkomisji, wpłynęło dużo głosów zainteresowanych tym tematem. Tym bardziej państwu bardzo serdecznie dziękuję, że znaleźli państwo czas w terminie newralgicznym, bo chyba jest 1:0. Niestety, proszę państwa, przegrywamy. Potrzeba nas tam jako kibiców. Tak, czekamy do pierwszej bramki. Wszystkiego dobrego. Pięknie państwu dziękuję. Do widzenia. Zamykam dyskusję i posiedzenie podkomisji.